

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

581

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juillet 1898, à 9 heures

Par GEORGES BERNARD

Né à Dijon (Côte-d'Or), le 28 juin 1865.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DES CLOISONS CONGÉNITALES DU VAGIN

AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. DELBET, professeur.

VARNIER et BONNAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o 581

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juillet 1898, à 9 heures

Par GEORGES BERNARD

Né à Dijon (Côte-d'Or), le 28 juin 1865.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DES CLOISONS CONGÉNITALES DU VAGIN

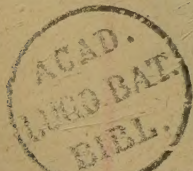
AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. DELBET, professeur.

VARNIER et BONNAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	LEJARS.	SEBILEAU.
BAR.	LETULLE.	THIERRY.
BONNAIRE.	MARFAN.	THOINOT.
BROCA.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VARNIER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTHER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	travaux anatomi-	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	ques.	
	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD,

Membre de l'Académie de Médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Pendant notre stage à la clinique Baudelocque, M. le professeur Pinard consacra deux de ses cliniques à un cas tératologique très rare qui se trouvait alors dans son service.

Il s'agissait d'une jeune femme arrivée à la fin de sa première grossesse, et présentant, avec un vagin longitudinalement cloisonné, un rectum s'abouchant dans le vestibule, au dessus d'un anus imperforé.

L'histoire de cette femme offrait un double intérêt : d'une part, c'était un exemple exceptionnellement curieux de conformation congénitale; d'autre part, cette malformation même impliquait une cause de dystocie possible qui méritait d'être étudiée.

Notre attention s'arrêta particulièrement sur ce dernier point, d'importance pratique, et nous recherchâmes d'abord, d'une manière générale,

quels rapports les différentes malformations congénitales du canal vulvo-vaginal pouvaient avoir avec l'art des accouchements.

Une étude d'ensemble de la question nous fit rapidement voir combien elle était étendue et dépassait le cadre d'une thèse. Depuis Le Fort, dont la thèse d'agrégation (*Vices de conformation de l'utérus et du vagin* 1863) est un admirable résumé des travaux antérieurs, Puech (*Atrésie des voies génitales de la femme* 1864), Delaunay (*Cloisonnement transversal du vagin complet et incomplet*. Th. Paris, 1877 Lyon) (*Essai sur les retrécissements du vagin, congénitaux et acquis*. Th. Paris, 1887), Picot (*Malformation de l'utérus et du vagin au point de vue obstétricale*. Th. Paris, 1890), Magendie-Husté (*Cloisonnement transversal du vagin au point de vue obstétrical*. Th. Paris, 1894), ont abordé successivement le même sujet par des voies et en des points différents. Et nous ne parlons ni des divers traités de gynécologie et d'accouchements qui consacrent tous quelques pages à cet intéressant chapitre de tératologie et d'obstétrique, ni des observations assez nombreuses, éparses dans les journaux français et étrangers.

Toutefois, il résultait de nos premières recherches que la série des malformations congénitales du vagin et de la vulve était constituée par les types suivants :

- 1° Oblitération complète ou absence du vagin ;
- 2° Atrésies du vagin ;
- 3° Cloisons transversales complètes ou incomplètes ;
- 4° Cloisons longitudinales ;
- 5° Ouverture anormale du vagin :
 - a) Dans le rectum,
 - b) Dans la vessie,
 - c) Dans la région abdominale ;
- 6° Ouverture du rectum dans le vagin ;
- 7° Hymens imperforés ;
- 8° Hymens hypertrophiques.

Au point de vue spécial où nous nous plaçons, toutes celles de ces malformations qui devaient empêcher la fécondation cessaient de nous intéresser. Il fallait donc éliminer de notre étude les oblitérations complètes, les cloisons transversales complètes et les imperforations hyménéales.

Une autre malformation, bien que extrêmement intéressante sous le rapport de l'embryogénie et de la chirurgie, devait être bannie d'une étude obstétricale, comme ne pouvant en aucune circonstance, devenir une cause de dystocie, c'était celle qui consiste en l'abouchement du rectum dans le vagin.

En résumé, l'histoire de la dystocie du canal vulvo-vaginal par malformations congénitales se réduit aux points suivants :

- 1° Atrésies du vagin ;

- 2° Cloisons transversales ;
- 3° Cloisons longitudinales ;
- 4° Ouvertures anormales du vagin dans le rectum et la vessie ;
- 5° Hymens hypertrophiques.

La question des atrésies du vagin a été, pour ainsi dire, épuisée par le remarquable mémoire de Puech. L'histoire des abouchements anormaux du vagin ne présente que quelques faits indiqués dans la thèse de Le Fort. Quant aux hymens hypertrophiques dont la résistance peut être si facilement vaincue à cause de leur situation presque extérieure, ils n'ont presque jamais attiré l'attention des accoucheurs, et les gynécologues ont préféré consacrer tous leurs soins à l'étude plus importante des hymens imperforés et de leur traitement.

Notre très modeste travail ne comprendra donc que le chapitre des cloisonnements du vagin, tant longitudinaux que transversaux, dans leurs rapports avec l'art des accouchements.

Nous l'avons divisé en trois parties :

- 1° Symptômes et diagnostic ;
- 2° Pathogénie ;
- 3° Pronostic et traitement.

Une quatrième partie est réservée aux observations. Outre quatre observations inédites provenant de la clinique Baudelocque, nous avons choisi dans la grande quantité de faits se rappor-

tant à notre sujet, un certain nombre de cas-types susceptibles de mettre en lumière les différentes questions que nous avons eu à examiner. A cause de leur rareté, il nous a paru intéressant de réunir dans cette dernière partie les huit seules observations, dont deux inédites, que nous ayons pu découvrir, de vagin dédoublé accompagnant un utérus simple.

Avant de commencer cette thèse, qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres dans les hôpitaux, et d'abord ceux dont nous eûmes l'honneur de suivre le service comme externe : le très regretté docteur Ollivier, professeur agrégé, membre de l'Académie de médecine, qui nous initia paternellement aux éléments de la clinique médicale et à la pratique des maladies infantiles, et à la mémoire duquel nous avons voué la plus respectueuse affection ; M. le docteur Paul Segond, professeur agrégé, dont nous n'oublierons jamais l'enseignement chirurgical à la fois si brillant et si familier, et à qui nous devons une reconnaissance particulière pour toutes les marques qu'il nous donna de son inépuisable bonté ; M. le docteur Porak, accoucheur des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, auprès de qui nous avons appris les rudiments de la science obstétricale.

Que MM. les docteurs Letulle, professeur agrégé Potherat et Guinard, chirurgiens des hôpitaux, dont

nous avons été l'élève bénévole, reçoivent ici l'assurance et notre respectueuse gratitude.

MM. les docteurs Launois, professeur agrégé, et Villemin, chirurgien des hôpitaux, nous ont donné pendant nos études, de précieux gages de sympathie dont nous leur sommes profondément reconnaissant.

Nous remercions également notre maître et ami, M. le docteur Baudron, accoucheur des hôpitaux, des excellents conseils qu'il a bien voulu nous donner, au cours de ce travail.

Et c'est à M. le professeur Pinard que doivent s'adresser nos derniers et plus humbles remerciements, à la fois pour cet enseignement si précis et si pratique dont nous avons eu la chance de pouvoir profiter pendant quelques mois dans sa clinique, et pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Nous diviserons ce chapitre en deux parties, l'une se rapportant aux cloisons longitudinales, l'autre aux cloisons transversales et aux simples brides.

A. — Cloisons longitudinales.

Deux catégories sont à distinguer, suivant que la cloison s'arrête à la partie supérieure du vagin, l'utérus restant simple, ou qu'elle remonte, avec ou sans solution de continuité, jusqu'au fond de l'utérus, celui-ci étant ou bien *bipartitus*, c'est-à-dire constitué par un seul corps divisé intérieurement en deux loges, ou bien *didelphis*, c'est-à-dire composé de deux corps accolés.

Nous ne pouvons parler ici ni des utérus cordiformes, ni des utérus à éperon central plus ou

moins long, ces dernières variétés appartenant exclusivement au groupe des malformations utérines.

Suivant que l'utérus sera simple ou double, la cloison vaginale sera incomplète ou complète, c'est-à-dire qu'elle s'insérera en haut sur la cloison séparant les deux loges utérines, ou bien qu'elle laissera une communication supérieure entre les deux vagins au dessous du col unique.

Un certain nombre de cas pourrait laisser croire que, même pour un utérus double, la cloison vaginale peut être incomplète; mais il paraît probable que, dans ces cas spéciaux, l'observateur a été victime d'une illusion tactile assez bizarre et dont nous citons plusieurs exemples récents (Voir observations I et II) : l'accoucheur pratiquant alternativement le toucher dans les deux vagins, diagnostique la présence de deux cols; l'accouchement terminé et la cloison disparue, un nouveau toucher lui révèle l'existence d'un col unique. Ne serait-il pas permis de comparer cette singulière illusion du toucher à celle qui consiste à prendre une seule bille pour deux billes équivalentes et contiguës, alors que, en ramenant le médius sur l'index, on touche cette bille unique avec les deux doigts ainsi déplacés? M. J. Lucas-Championnière avait déjà fait remarquer cette cause d'erreur à propos d'une présentation d'utérus et vagin doubles faite par M. Porak (*Bulletin de la Société*

anatomique, juin 1876). Elle était intéressante à signaler au point de vue du diagnostic.

La cloison longitudinale est généralement antéro-postérieure, c'est-à-dire s'insérant le long des parois antérieure et postérieure du vagin, et suivant un plan perpendiculaire au plan antérieur du corps.

Probablement toujours médiane à la naissance, elle divise souvent, à l'âge adulte, le vagin en deux parties très inégales, le coït faisant presque toujours élection d'une des cavités à l'exclusion de l'autre. Pourtant, chacun des deux vagins admettant facilement le doigt, il s'ensuit que la malformation reste souvent inaperçue pour le médecin qui se contente de l'examen digital (Observation IV). Le Fort rapporte, d'après Tiedman (*Journ. compl. du Dict.*, t. IV, p. 371) le cas d'une femme au sujet de laquelle deux médecins ne pouvaient se mettre d'accord, l'ayant successivement touchée par chacun de ses demi-vagins.

Quelquefois, la cloison peut être obliquement dirigée, et même insérée sur les parois droite et gauche du vagin, les deux cavités se trouvant ainsi l'une devant l'autre (Tarnier et Budin. *Traité de l'art des accouchements*, t. II, p. 401).

Enfin, un des cas où il est le plus difficile de reconnaître la cloison est celui où l'un des demi-vagins reste fermé du côté de la vulve, tandis qu'il reçoit en haut un des cols de l'utérus double, ou

communiqué par sa partie supérieure avec l'autre demi-vagin (Voir observations VII et X). Cette variété a reçu le nom de *vagin borgne latéral* (Pozzi. *Traité de gynécologie*, livre XVI).

La cloison longitudinale du vagin ne constitue pas une rareté exceptionnelle ; mais dans presque tous les cas, à un vagin double correspond un utérus double. Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale que six observations de cloisons longitudinales limitées au vagin. En les publiant à la fin de ce travail, nous y ajoutons deux observations inédites de la même malformation, toutes deux empruntées aux archives de la clinique Baudelocque.

Au reste, que l'utérus soit simple ou double, il ne faudrait pas exagérer la fréquence des cloisons longitudinales, puisque, sur 9730 observations de la clinique Baudelocque nous n'avons pu en découvrir que trois cas.

B. — Cloisons et brides transversales.

Les cloisons transversales, loin d'être toujours situées perpendiculairement à l'axe du vagin, lui sont souvent obliques, soit dans un sens, soit dans l'autre.

Lyon (Thèse de Paris 1887), affirme qu'elles se trouvent toujours à l'union des $\frac{2}{3}$ inférieurs

avec le $\frac{1}{3}$ supérieur du vagin. Mais leur situation varie beaucoup, et les différentes observations que nous en donnons les montrent à 3, 4, 5 ou 6 centimètres de l'orifice vulvaire.

Elles se présentent sous l'aspect de diaphragmes, quelquefois très minces, quelquefois épais de 5 millimètres (observations XII et XIII), s'ouvrant par un ou plusieurs orifices diversement situés.

Dans de nombreuses observations, l'orifice ou le pertuis est médian. Dans quelques cas (observations XII et XIII) le diaphragme est percé de un ou deux orifices situés latéralement, au niveau de ses insertions sur les parois du vagin, par conséquent difficiles à découvrir. Verchère, dans les deux cas qu'il a décrits, a signalé au milieu du diaphragme un raphé antéro-postérieur duquel s'écartaient des lignes parallèles se perdant latéralement sur les parois du vagin.

Enfin, les cloisons transversales peuvent être multiples (observations XVIII et XXI). Remarquons qu'un hymen persistant a dû quelquefois être considéré et décrit comme une cloison transversale.

Quant aux simples brides, elles affectent toutes les formes et présentent toutes les variétés imaginables (voir par exemple observations XI et XV); elles échappent ainsi à toute description.

Il n'est pas toujours très aisé de découvrir la

présence de ces cloisons ni d'en reconnaître la nature. Un pareil diagnostic, si intéressant quelquefois, au point de vue obstétrical, peut être fait soit dans le cours de la grossesse, soit au moment du travail.

Dans le cours de la grossesse, il y aura lieu de distinguer une cloison transversale, soit d'une atrésie du vagin, soit d'un hymen persistant n'ayant pas empêché la conception.

L'atrésie est un rétrécissement ou étranglement du vagin qui affecte, pourrait-on dire, la forme d'un entonnoir, si toute la portion supérieure du vagin est rétrécie; d'un sablier, s'il s'agit d'un simple rétrécissement annulaire. Le toucher, accompagné ou non de l'exploration au moyen d'un stylet, rendra facilement compte de cette disposition.

Une cloison transversale ne pourra être confondue avec un hymen que si, chose rare, cette cloison est située dans la portion la plus inférieure du vagin. Il faudra alors rechercher la présence à la vulve des caroncules myrtiformes. S'ils existent il ne sera pas douteux qu'il s'agit d'une cloison; dans le cas contraire, on devra penser à un hymen.

Au moment du travail, le diagnostic acquiert à la fois une gravité et une délicatesse plus grande. Il est plus grave, parce qu'une intervention peut devenir urgente; il est plus délicat, car il sera

souvent permis d'hésiter entre la poche des eaux ou un sommet et une cloison vaginale recouvrant l'une ou l'autre. Mais un examen méthodique devra conduire assez vite à un diagnostic ferme : en effet, même en cas de dilatation complète, il est bien rare que le doigt ne puisse sentir l'orifice utérin en un point quelconque de sa périphérie, et la découverte de cet orifice excluera la présence d'une cloison. D'autre part, il sera toujours possible, au moyen d'un toucher minutieusement pratiqué, de s'assurer de l'insertion du diaphragme obturateur sur les parois du vagin.

Enfin, si le diaphragme ne présente pas son orifice en son centre, on devra le découvrir sur les parties latérales, et dans les culs-de-sac correspondant à ses insertions.

PATHOGÉNIE

Il est depuis longtemps démontré que toutes les malformations congénitales trouvent leur explication dans des déviations, ou, plus généralement, dans des arrêts de développement. Quelques lignes d'embryologie sont nécessaires pour nous permettre d'indiquer les causes probables des anomalies décrites dans le chapitre précédent.

Les anciens auteurs (Rathke, J. Müller et Lillienfeld) admettaient le développement du vagin par trois points séparés, destinés à se rejoindre plus tard : la partie la plus élevée se formait aux dépens de l'extrémité inférieure des canaux de Müller. Les deux tiers inférieurs dérivait du sillon génital. Quant à la portion intermédiaire, elle provenait du tissu embryonnaire séparant ces deux culs-de-sac.

Pour les embryologistes plus récents (Kölliker, Dohrn, Tourneux et Legay, Debierre, Gilis), il n'en

était plus ainsi. Le vagin serait entièrement formé par les canaux de Müller. Ces canaux, primitivement constitués par des cordons pleins, sont d'abord accolés l'un à l'autre. Puis la cloison qui les sépare se résorbe vers le milieu de leur longueur. On n'est pas d'accord sur l'endroit précis où débute la fusion de ces canaux. Pour les uns (Köl liker) ce serait à la région moyenne ; pour les autres (Dohrn), à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Ch. Tourneux et Legay (*Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin, Journ. de l'Anatomie, 1884*) admettent que cette union débute tantôt vers le milieu, tantôt à l'union du tiers inférieur avec les deux supérieurs.

Quoi qu'il en soit, la résorption se continue en haut et en bas, de façon à ne plus former qu'un seul canal, le canal utéro-vaginal.

Quant au sillon génital, il ne formerait que le vestibule du vagin.

. L'hymen, comme l'a démontré M. Budin (*Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal, Progrès médical, 1879*), n'est qu'une transformation du renflement primitif par lequel débouchent dans le sinus uro-génital les conduits de Müller, on, plus simplement, l'extrémité inférieure du vagin saillant dans le vestibule, et doublée à l'extérieur par la muqueuse vulvaire. En effet, chez un fœtus de quatre mois, on ne trouve aucune trace d'hymen

en écartant les petites lèvres. Si on dissèque les organes génitaux, on voit alors qu'il existe un canal vulvaire au fond duquel se trouve l'extrémité d'un conduit en forme de doigt de gant coupé. C'est le vagin. Peu à peu, le vagin se développe et se rapproche de la vulve, de sorte que son extrémité inférieure vient bientôt dépasser les petites lèvres. C'est l'orifice extérieur de ce canal qui constitue l'hymen.

Enfin M. Retterer (*Sur l'origine du vagin de la femme, Société de biologie*, 2 mai 1891, p. 291-293) a rendu compte d'une façon précise et définitive de cette descente de l'orifice vaginal, d'une part, et, d'autre part, du véritable développement du vagin :

Dans le courant du troisième mois, les canaux de Müller débouchent dans le sinus uro-génital aussi bien dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Chez le mâle, le sinus uro-génital continu à rester un canal unique ; chez le fœtus féminin, le sinus uro-génital se cloisonne à partir du point d'abouchement des canaux de Müller. A cet effet, les parois latérales du sinus uro-génital se portent l'une vers l'autre en formant chacune un pli. Ces deux plis se rapprochent, étranglent le sinus uro-génital et se divisent en un canal antérieur (urèthre) et un canal postérieur (vagin). Arrivés au contact, ces plis se fusionnent et il en résulte la cloison uréthro-vaginale.

Le cloisonnement se poursuit de haut en bas, de telle sorte que, vers la fin du quatrième mois, le bord inférieur du septum uréthro-vaginal arrive au niveau du bord supérieur du bulbe du vagin, et que, pendant les cinquième et sixième mois, le cloisonnement s'effectue jusqu'au dessus de la partie inférieure du bulbe du vagin.

Telle est donc l'explication de la descente du vagin et de l'hymen : jonction des plis latéraux du sinus uro-génital et formation du septum uréthro-vaginal qui cloisonne le sinus et prolonge de haut en bas l'urèthre et le vagin jusqu'auprès des petites lèvres.

En résumé, « la portion du vagin qui répond au bas-fond de la vessie et au segment supérieur de l'urèthre, entouré d'un sphincter strié complet, est un dérivé des canaux de Müller. Quant à la portion du vagin qui correspond au segment inférieur de l'urèthre, c'est-à-dire à la moitié inférieure environ où le sphincter uréthral strié est interrompu sur la paroi postérieure, elle résulte, comme le segment de l'urèthre qui est en rapport avec elle, du cloisonnement du sinus uro-génital. »

Dans ces quelques données embryologiques, cherchons maintenant la clef des différentes malformations que nous avons étudiées.

Rien de plus facile à expliquer que la présence des cloisons longitudinales ; c'est là une théorie classique et presque indiscutable ; les deux tubes

de Müller peuvent rester séparés dans tout ou partie de leur étendue, la cloison médiane ne se résorbant pas complètement. On aura alors, ou bien un appareil génital absolument double, ou bien un utérus double (*didelphis* ou *septus*) et un vagin unique, ou bien un utérus simple et un vagin double, ou bien un utérus incomplètement cloisonné (utérus cordiforme ou bicorne) et un vagin, lui aussi, incomplètement cloisonné.

Si un des deux canaux de Müller subit un arrêt de développement, on aura le *vagin borgne latéral* précédemment décrit.

Ajoutons enfin que, si les deux canaux restent rudimentaires, il y aura absence complète du vagin, pouvant coïncider ou non avec l'absence de l'utérus.

La question de l'origine des cloisons et brides transversales est plus difficile à résoudre, aussi a-t-elle donné lieu à plusieurs théories :

Pour Delaunay (Thèse Paris, 1877), qui admettait encore le développement du vagin en 3 parties, la réponse était assez facile ; en effet, le travail de résorption manquant dans les parties intermédiaires, une cloison plus ou moins épaisse devait subsister. Encore cette théorie ne pouvait-elle rendre compte des cas de cloisons multiples signalés par plusieurs observateurs.

Schroeder (*Maladie des organes génitaux de la femme*, traduit sur la 6^e édition par Hubert, 1886,

p. 498) croit que ces cloisons transversales sont dues, le plus souvent, à des adhérences formées pendant la vie embryonnaire et étirées dans la suite.

Verchère (*Archives de tocologie*, juin 1894) suppose que la cloison verticale qui détermine les deux vagins ne persiste que dans l'étendue de 1 à 2 ou 3 millimètres. « Nous avons alors, dit-il, une persistance des deux canaux de Müller dans cette hauteur seulement. Cette cloison va suivre le développement du vagin tout entier; les canaux seuls conservent leurs dimensions primitives, et aussi leur siège latéral; et on aura une cloison transversale dont le centre sera formé par l'adossement des deux canaux de Müller, et dont les parties latérales seront percées de deux petits orifices qui ne sont autres que ces canaux de Müller eux-mêmes. » Cette théorie s'adapte, en effet, merveilleusement aux deux observations de Verchère citées plus loin.

Enfin, pour Magendie-Husté (Th. Paris, 1894), il faudrait peut-être faire remonter l'origine de ce vice de conformation plus haut : on sait que les canaux de Müller sont primitivement des cordons pleins, se creusant dans la suite. Sur certains points, la résorption ne se ferait pas complètement, ce qui pourrait créer des cloisons transversales.

Pour nous, étant donné la très grande variété de formes et de situations des cloisons à brides

transversales, il paraît probable que leur origine varie également, et nous serions disposé à accepter simultanément les trois dernières théories dont aucune ne semble en contradiction ni avec les données de l'embryologie, ni avec les faits tératologiques.

Quant à rechercher, en dernière analyse, les raisons de tous ces arrêts de développement, que dire de plus que ce qui a été souvent répété, au sujet d'autres malformations ? Peut-être faut-il mettre en cause les souffrances du fœtus pendant la vie intra-utérine ; peut-être aussi l'hérédité pourrait-elle expliquer une partie de ces monstruosité. Mais, dans cet ordre d'idées, personne n'a apporté aucun fait, sauf Delaunay qui signale deux cas d'imperforation de l'hymen chez les deux sœurs, malformation du même genre que celles qui nous occupent.

Avant de terminer ce chapitre, signalons l'opinion de Gilson (*L'Encéphale*, 1885, p. 41) à propos d'un cas de cloisonnement transversal de vagin chez une imbécile, opinion d'après laquelle il y aurait une relation assez intime entre les anomalies des organes génitaux et la faiblesse intellectuelle.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Il est à peine besoin de faire remarquer d'abord que, si l'accoucheur a découvert dans le cours de la grossesse, l'existence d'une des cloisons congénitales ci-dessus décrites, il doit attendre l'époque du travail, ou, plus précisément, la période d'expulsion pour porter un pronostic, et instituer un traitement.

En effet, ce n'est qu'à cette ultime phase de la grossesse qu'il lui sera possible d'apprécier le degré de résistance de la cloison vis-à-vis de la pression exercée par l'utérus ; d'autre part, sauf urgence, ce qui n'est jamais le cas dans l'espèce, on sait qu'il est toujours préférable d'éviter, pendant la grossesse, une opération même légère qui pourrait provoquer un avortement ou un accouchement prématuré.

Mais, la dilatation est complète, la période d'expulsion commence, le vagin de la parturiente

présente une cloison ou une bride congénitale. Que va-t-il se passer ?

Plusieurs cas sont à considérer :

1^o Ou il s'agit d'une cloison transversale, et, après une dilatation progressive de l'orifice médian, s'il existe un orifice médian, plus rapidement, si le pertuis est latéral, il se produira une rupture spontanée du diaphragme qui éclatera en plusieurs fragments ; ou il s'agit d'une cloison longitudinale, et elle s'écartera d'abord, puis, ayant mis en jeu toute l'élasticité dont elle dispose, elle se déchirera au niveau d'une de ses insertions antérieure ou postérieure. Dans les deux alternatives, l'expulsion aura lieu sans accident sérieux, sans même avoir subi un retard appréciable. Pourtant, une légère hémorrhagie pourra s'ensuivre, et, dans l'avenir, la mère aura peut-être à se plaindre de quelque cicatrice douloureuse intra-vaginale.

Ces cas bénins sont les plus fréquents, et, dans la plupart des observations, l'accouchement s'est passé favorablement, sans intervention de l'accoucheur (Voir observations VI et XV).

2^o L'expulsion se trouve gênée davantage par un obstacle présentant une plus grande solidité, soit cloison transversale, soit cloison longitudinale ; puis, sous l'influence de contractions plus fortes, il cède tout d'un coup, le fœtus est expulsé soudain par un **dégagement trop brusque** qui sur-

prend l'accoucheur, et il se produit une déchirure du périnée (Voir observations II, VIII et XIV).

3° L'obstacle est encore plus malaisé à franchir, la pression utérine rencontre dans la cloison vaginale, transversale ou longitudinale, simple ou multiple, une résistance extraordinaire, le travail n'avance pas, la présentation reste immobile au même point de la filière génitale, c'est la mort assurée de l'enfant, si on n'intervient pas ou si on intervient trop tard (Voir observations IV et XVIII).

5° L'obstacle est absolument infranchissable et l'utérus se rompt (Kennedy, *Dublin journal*, vol. XVI, p. 88, cité par Pozzi, *Gynécologie*, I. XVI).

Telle est, par ordre de gravité, la série des accidents qui peuvent être causés par cette dystocie spéciale des cloisons congénitales du vagin. N'oublions pas, pour le mettre en quelque sorte en marge de cette série, un accident tout à fait exceptionnel, dont la littérature médicale nous offre un seul cas, à savoir : l'étranglement de l'enfant par une bride transversale (Voir observation XI).

Si l'accoucheur a présentes à l'esprit toutes ces conséquences possibles des cloisonnements vaginaux, même s'il n'ignore pas non plus quelle en est la bénignité dans la plupart des cas, quelle doit être sa conduite lorsqu'il rencontre un de ces cloisonnements ?

Doit-il, comme le conseillent la plupart des auteurs, pratiquer une expectation plus ou moins armée ? C'est-à-dire, les ciseaux ou le bistouris étant prêts, surveiller le travail, et débrider, si l'expulsion dure trop et si l'enfant paraît souffrir ?

Que gagnera-t-il à cette attente ?

D'avoir évité une intervention sanglante ? Mais, sauf les cas de brides falciformes très peu étendues, l'expérience prouve que, dans tous les accouchements, la dilatation du diaphragme ou l'écartement de la cloison longitudinale est insuffisant pour laisser passer l'enfant, qui se charge de déchirer l'osbtacle respecté par l'accoucheur (Voir observations II, VI, VIII, XIV, XV). Il se produit alors une hémorrhagie habituellement légère, mais qui peut, exceptionnellement, devenir grave (M. le professeur Pinard a bien voulu nous rapporter un cas qu'il a observé dans sa clientèle, où l'hémorrhagie provoquée par la rupture spontanée d'une cloison vaginale l'avait vivement inquiété).

Enfin, les cicatrices vicieuses laissées par une déchirure naturelle et irrégulière pourront devenir douloureuses, et apporter plus tard une véritable gêne dans les rapports génitaux.

Aucune hésitation ne nous paraît donc permise : d'une part, l'intervention, facile et rapide, ne présente aucun risque, d'autre part, l'abstention ou

la simple expectation, même lorsqu'elle ne cause pas de très graves accidents, entraîne presque toujours certaines conséquences, sinon sérieuses, du moins fâcheuses.

Quant au procédé opératoire, il est des plus simples :

Ou bien il s'agit d'une cloison transversale ; nous pensons qu'il faudra, en pareil cas, éviter, autant que possible, l'incision cruciale qu'on est naturellement tenté de pratiquer, et qui exposerait l'opérateur à blesser le rectum ou la vessie de la mère. Une large incision transversale suffira, même en cas de cloison très résistante, à donner passage au fœtus (voir observation XX). Il sera toujours facile de placer une pince ou deux sur les lèvres de l'orifice, tendre ainsi la membrane, et diriger l'incision à droite et à gauche de cet orifice pris comme point de départ.

Ou bien il s'agit d'une cloison longitudinale, et alors le procédé dont nous trouvons l'indication dans l'observation I nous paraît remplir toutes les conditions de simplicité et de sécurité : appliquer sur la cloison deux pinces, parallèles entre elles, et aux colonnes antérieure et postérieure du vagin, et inciser entre les deux pinces. Le rectum et la vessie seront ainsi respectés et la section sera droite et sans échappées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(Clinique Baudeloque)

Vagin double. Utérus unique cordiforme. Imperforation de l'anus. Abouchement du rectum et du vagin. Présentation du siège. Section de la cloison vaginale. Enfant vivant.

C... Pauline, 18 ans, blanchisseuse, primipare. Rien d'intéressant dans les antécédents. Réglée à 13 ans, et depuis, régulièrement. Dernières règles du 19 au 22 août 1897. Grossesse à peu près normale. Pas d'albuminurie. Entre au dortoir le 20 avril 1898. L'utérus présente deux cornes ; sa hauteur sur la ligne médiane est de 28 cent. ; sur la corne droite, de 34 ; sur la gauche, de 32. Le fœtus est en position S. I. D., la tête étant dans la corne droite. Une cloison musculeuse sépare le vagin en deux demi-vagins inégaux, et vient s'insérer à la partie postéro-inférieure du vagin, au dessus d'un orifice qui s'ouvre dans le vestibule et

communiqué avec le rectum. Au niveau de l'anus se trouve une légère dépression fermée par un diaphragme imperforé.

Le 4 mai 1898, à 7 heures du soir, cette femme éprouvant des contractions intérieures, rentre à la clinique d'où elle était sortie pour quelques jours; elle est admise à la salle de travail. A 9 heures du soir, M^{lle} Roze, sage-femme en chef, trouve dans le vagin gauche un col en voie d'effacement, et dans lequel on peut introduire l'extrémité de l'index. Le vagin droit est également exploré, on y trouve un col beaucoup plus petit et fermé. Le toucher n'est plus pratiqué jusqu'à la rupture des membranes.

A ce moment, M. le docteur Baudron, chef de clinique, pratique le toucher successivement dans les deux vagins, et constate que l'un et l'autre conduisent sur un siège dont les caractères sont surtout perceptibles par le vagin gauche. L'index gauche, introduit un peu plus profondément dans le vagin droit, accroche le bord supérieur de la cloison qui sépare les deux vagins, et ce doigt recourbé en crochet, est ramené dans le vagin gauche; la même manœuvre est aussi facilement exécutée du vagin gauche au vagin droit. Le fœtus, dont l'extrémité pelvienne remplit le segment inférieur est, pour ainsi dire, assis sur la cloison qui sépare les deux demi-vagins, et qui, s'insérant en haut sur le col, transforme l'orifice externe en un orifice en huit de chiffre, dont les deux boucles sont inégalement dilatées, mais qui, réunies, donneront un orifice unique complètement dilaté.

Pour cela, il suffira de sectionner la cloison vaginale. Cette conduite est soumise à M. Pinard qui l'approuve. La femme étant anesthésiée, est placée dans la situation obstétricale: la cloison est sectionnée

aux ciseaux entre deux longues pinces placées surtout pour que la section soit régulière et sans échappées. La dilatation étant bien complète, on enlève les pinces, et M^{lle} Roze va immédiatement à la recherche d'un pied. A 1 heure, elle extrait un garçon du poids de 3.210 gr. qui crie de suite.

Aussitôt après l'extraction, M. Baudron explore la cavité utérine : il n'y a qu'un seul col. La cavité du corps est en partie cloisonnée par un éperon faisant une saillie d'environ 3 centimètres, et séparant la corne droite plus développée, où se trouvait le fœtus presque en totalité, de la corne gauche où le placenta est inséré. La délivrance artificielle, pratiquée immédiatement par M. Baudron, est rendue assez difficile par la contraction de la corne utérine gauche dans laquelle le placenta est, pour ainsi dire, enchatonné. Une injection intra-utérine prolongée est faite successivement dans chaque corne. Bien que les surfaces de section de la cloison ne saignent pas, on fait un tamponnement à la gaze iodoformée.

OBSERVATION II (inédite)

(Clinique Baudelocque).

Cloison longitudinale du vagin. Un seul col pris pour deux. Déchirure spontanée de la cloison. Déchirure du périnée.

D... Marie, 26 ans, domestique. Pas d'antécédents intéressants. Primipare, bien réglée. A eu ses dernières règles du 10 au 14 juillet 1894. Grossesse normale. Début du travail le 7 mai 1895, à 4 heures du matin.

Entrée à la salle de travail le 7 mai, à 8 heures du matin. Présentation du siège complet en S. I. D. T.

On constate la présence dans le vagin d'une cloison longitudinale et de deux cols, un de chaque côté de la cloison.

A 10 h. 1/2 du matin, M. Wallich trouvant le cordon dans le vagin droit, fait rapidement l'extraction du siège. La cloison vaginale se déchire pendant l'extraction et est réséquée après la délivrance. On applique une pince qui est laissé en place. Le périnée se déchire également sur une longueur d'environ 2 centimètres. Périnéorraphie immédiate.

Le toucher pratiqué après la délivrance permet de découvrir la présence d'un seul col.

Durée totale du travail : 7 heures.

Durée de la période de dilatation : 2 h. 12.

Enfant du poids de 3.400 gr., né en état de mort apparente, ranimé après désobstruction des voies respiratoires.

Mère sortie en bon état le 16 mai 1893.

OBSERVATION III (inédite)

(Clinique Baudelocque)

*Cloison longitudinale du vagin. Utérus simple.
Incision de la cloison au moment de l'accouchement.*

R. Eugénie, 22 ans, giletière. Pas d'antécédents intéressants. Primipare. A eu ses dernières règles du 28 au 30 novembre 1893. Début du travail le 13 septem-

bre 1894, à 3 heures du soir. Entrée à la salle de travail le 14 septembre, à 1 heure du soir.

On constate une présentation du siège décomplété, mode des fesses et l'existence d'une cloison vaginale occupant toute la hauteur du vagin et divisant l'orifice utérin en deux parties dont l'une se dilate bien, mais dont l'autre reste toujours comme 0,50.

A 8 heures, M. Varnier examine cette femme et incise la cloison après avoir posé deux pinces qui restent sur les lambeaux jusqu'à la dilatation complète. A 10 h. 45, rupture artificielle des membranes, abaissement d'un pied. Le siège n'est expulsé qu'à midi 10. Quand le cordon est à la vulve, les battements sont très rares. On fait rapidement l'extraction du tronc et de la tête. Manœuvre de Moriceau. Enfant étonné et vite ranimé.

Durée totale du travail : 33 heures.

Durée de la période d'expulsion : 1 h. 30.

17 septembre, 3 heures soir, frissons; température, 39° 1. Injection intra-utérine biiodurée et eau phéniquée.

Sortie en bon état le 24 septembre 1894.

OBSERVATION IV

(H. de Merloose, maîtresse sage-femme à la Maternité de Bruxelles. *Gazette d'obstétrique*, 20 oct. 1877).

Utérus simple. Cloison longitudinale du vagin. Accouchement. Intervention nécessaire. Mort de l'enfant.

La nommée Marguerite L..., primipare, âgée de

27 ans, à terme de grossesse, se présente à la Maternité le 7 juillet dernier. Le travail de l'accouchement s'était déclaré deux jours auparavant ; il avait débuté par la rupture des membranes. Le toucher ne nous fit pas reconnaître d'emblée l'existence de l'anomalie en question ; ce n'est qu'après plusieurs explorations successives qui nous donnaient, au point de vue de l'état du col utérin une différence sensible entre les résultats obtenus, que nous reconnûmes avoir affaire à un vagin double.

Une cloison longitudinale complète de l'épaisseur du petit doigt, lisse et humide comme la muqueuse vaginale, divisait le conduit en deux moitiés parfaitement distinctes ; une des moitiés était, dans sa partie inférieure, plus rétrécie que sa congénère. La cloison partait de l'orifice vulvaire et adhérait au col utérin, de manière à former à celui-ci deux orifices externes dont l'un offrait une ouverture à peine suffisante pour admettre la pulpe du doigt, tandis que l'autre avait un diamètre de 2 centimètres environ ; on comprend que c'était là une particularité qui, par son extrême rareté, était de nature à induire en erreur, ou, tout au moins, à rendre le diagnostic difficile.

Les contractions de la matrice amenèrent la complète dilatation de l'orifice utérin, mais ne provoquèrent pas la rupture de la cloison ; celle-ci était refoulée en bas par la sphère céphalique de l'enfant, mais elle opposait une résistance telle qu'on la sentait tendue comme une corde, retenant la tête et empêchant tout progrès ultérieur dans le travail.

M. le professeur Hyernaux qui n'intervient jamais très vite dans ces sortes de cas, jugea pourtant que, dans l'occurrence, l'expectation n'était plus permise,

si on ne voulait voir se produire des accidents graves.

Il pratiqua la section de la cloison à l'aide d'un fort fil de soie qu'il conduisit au dessus d'elle avec une longue pince à polypes, légèrement recourbée. Celle-ci, tenue de la main droite, fut introduite dans le vagin gauche, tandis que l'index de la main gauche, insinué dans le vagin droit, allait rechercher dans l'orifice utérin l'extrémité de la pince qui portait le fil. Afin de pouvoir saisir ce fil, il le dégagea des parties maternelles, l'opérateur y avait fixé un petit anneau de rideau ; cet anneau dépassait suffisamment les mors de la pince pour y introduire la pulpe du doigt et attirer ainsi le fil en dehors. Quelques mouvements de scie, exécutés avec lenteur, suffirent pour diviser la membrane. L'enfant fut alors immédiatement extrait à l'aide du petit forceps : il avait cessé de vivre.

OBSERVATION V

(Maunoir. *Recueil des travaux de la Soc. médic. de Genève*, t. I, p. 296, citée par Le Fort, th. d'agrég. Paris, 1863).

Cloison longitudinale du vagin. Utérus simple.

Il s'agit d'une dame âgée de 39 ans, grande, bien colorée, d'une excellente santé, régulièrement menstruée, ayant des sœurs mères de plusieurs enfants.

Mariée depuis quelques années, elle n'avait jamais eu de grossesse. Il y avait déjà longtemps qu'elle avait consulté les gens de l'art; elle avait même fait, sans

aucun résultat, une cure aux bains de Baden, en Argovie.

Quand elle vint à moi, je lui dis qu'elle devait se soumettre à être examinée, chose à quoi elle eut assez de peine à consentir, cette proposition étant toute nouvelle pour elle; néanmoins elle y accéda.

Le toucher ne me révéla rien de particulier, sinon que je trouvai le museau de tanche fort petit, et que je ne pus pas sentir l'orifice du col, ce qui m'étonna beaucoup, cette femme n'ayant jamais eu de grossesse. Je procédai à l'examen au moyen du spéculum. Je me servis d'abord du spéculum à quatre valves, qui fut introduit sans la moindre difficulté. Mais, ce qui me parut fort étrange, ce fut de ne voir sur le col, qui était petit, arrondi, peu saillant et de couleur tout à fait naturelle, pas le plus léger pertuis pour communiquer avec l'intérieur de l'utérus : c'était, à ce qu'il semblait, un col sans orifice.

Cette dame me répéta que les époques étaient fort régulières, même assez abondantes. Je remis un second examen au moment des menstrues. Je réintroduisis le même spéculum à quatre valves; j'arrive sur le col et je le vois teint de sang que l'instrument avait sans doute poussé devant lui; j'essuie avec soin, mais je ne trouve pas plus d'orifice utérin que la première fois.

L'écoulement menstruel se faisait-il par les parois vaginales? Je pensai qu'il serait peut-être un peu plus facile de le constater en employant pour cela le spéculum ordinaire quasi-cylindrique, et sans y mettre d'embout; mais, dans cette tentative, je fus arrêté très près de la vulve par une résistance insolite, et, quel fut mon étonnement en regardant au fond du tube avec la bougie, de voir que cette résistance était due à une

cloison verticale, que la distension de la vulve et du commencement du vagin par un instrument plus gros que l'autre, avait forcée à venir se présenter à la vue.

Étant mis sur la voie, j'examinai toute cette anomalie par le toucher, et je trouvai une cloison membraneuse, de l'épaisseur d'un cuir mince, d'une longueur de douze à 15 lignes, allant s'implanter sur le col, divisant ainsi tout le canal vaginal en deux moitiés sensiblement égales et parfaitement séparées.

Je repris alors le spéculum ; au fond du vagin droit je trouvai un demi-col en tout semblable à celui que j'avais vu de l'autre côté ; avec la seule différence que l'orifice utérin y était parfaitement visible, tout près du milieu de la cloison anormale, arrondi comme il devait l'être, mais assez grand pour que j'aie pu plus tard, et à plusieurs reprises, y introduire profondément une sonde élastique du volume d'un petit crayon.

Dès lors tout s'expliquait, et, comme dans mon premier examen, mon doigt indicateur et le spéculum à quatre valves n'avaient jamais manqué de pénétrer dans le demi-vagin gauche, du côté où l'orifice utérin n'existait pas, il est plus que probable, il est pour moi démontré que les rapports sexuels avaient toujours eu lieu de ce même côté, c'est-à-dire avec impossibilité matérielle de fécondation.

OBSERVATION VI

(Picot. *Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical*. Th. Paris, 1891).

Cloison longitudinale incomplète. Déchirure spontanée de la cloison au moment de l'accouchement. Utérus simple.

X..., 19 ans, domestique, réglée à 11 ans, et depuis régulièrement.

Cette femme, enceinte pour la première fois, a eu ses dernières règles, le 1^{er} février 1890, et a perçu les mouvements actifs du fœtus en août. La grossesse n'a rien présenté de particulier.

Cette femme arrive à la consultation de la clinique Baudelocque, le 24 octobre 1890. On constate qu'elle est enceinte d'environ huit mois, que l'enfant est vivant, et que l'extrémité céphalique est au fond de l'utérus.

En écartant la vulve, on voit qu'il existe deux orifices au niveau du vagin ; par le toucher, on constate qu'il y a une cloison médiane antéro-postérieure assez épaisse, longue de 3 cent. 1/2 environ. Les deux conduits sont facilement dilatables, mais le conduit gauche est plus large que le droit. Un doigt introduit à droite de la cloison et recourbé ressort par le conduit gauche en amenant toute la cloison à la vulve. En arrière de la cloison, on constate une seule cavité vaginale et un seul col utérin, mou, mais ayant toute sa longueur.

Cette femme ne s'était jamais aperçue de sa malformation vaginale.

Elle est gardée au dortoir.

Quelques jours après son entrée, on trouve l'extrémité céphalique en bas s'engageant en O I G A.

Le 28 novembre 1890, cette femme entre en travail. La période d'effacement et de dilatation se passent normalement. Au moment de l'expulsion, la tête fœtale appuie sur la cloison, et, malgré nos efforts pour conserver cette cloison intacte et faire passer la tête en dehors, il se produit une déchirure au niveau de l'insertion antérieure.

Après l'accouchement, on ne trouve plus qu'un lambeau épais flottant dans le vagin, et paraissant inséré sur la paroi postérieure.

Le travail avait duré 18 h. 30, et l'expulsion, 55 minutes.

OBSERVATION VII (résumée.)

(Muret. *Rev. méd.* Suisse romande, XV, p. 280.
mai 1895.)

Hématocèle vaginale latérale avec vagin double et utérus simple.

Jeune fille de 18 ans, ayant depuis quelques mois des règles irrégulières et douloureuses. Tumeur élastique, proéminent dans un vagin très étroit. L'incision vaginale de la tumeur donne issue à 2 litres de sang couleur chocolat. Dès lors, menstruation régulière.

Le vagin était double ; celui de droite, le mieux développé, et dans lequel se trouvait l'hématocèle, était divisé en deux parties superposées par un diaphragme

à orifice excentrique. A sa partie supérieure, se trouvait le col.

Le vagin gauche allait en se rétrécissant de plus en plus, et il se terminait en haut par un cul-de-sac, sans aucune trace de col utérin. Il communiquait par un petit canal avec la partie supérieure de l'autre vagin.

OBSERVATION VIII (inédite.)

(Clinique Baudelocque.)

*Cloison longitudinale du vagin. Utérus double.
Rupture spontanée de la cloison pendant l'expulsion. Déchirure du périnée.*

B... Marie, 21 ans, sans profession. Pas d'antécédents. Primipare. Réglée à 14 ans; règles régulières et normales.

Cette femme s'est mariée le 7 mai 1895. Les premiers rapports, très douloureux, ont déterminé de légères hémorrhagies. Dans la suite, ils sont devenus assez faciles. La parturiente croit d'ailleurs que le coït avait toujours lieu dans le vagin droit, à l'exclusion du gauche.

Les dernières règles sont du 28 juin 1896,

Le 27 mars 1895, à 7 heures du matin, premières douleurs; la femme vient à la clinique.

Au palper, l'utérus gravide est situé à droite; le fœtus se présente par le sommet engagé en G A. On ne peut reconnaître au palper l'existence d'un autre utérus. M. Pinard examine cette femme à 10 heures du matin: il constate les signes physiques externes déjà décrits. La vulve présente deux orifices séparés

par une cloison épaisse. Les deux vagins paraissent égaux ; la cloison qui les sépare est élastique, épaisse et remonte jusqu'au fond.

A gauche, le toucher vaginal révèle l'existence d'un col très ramolli, très perméable, dans lequel on peut introduire le doigt qui sent à travers la paroi la tête fœtale engagée. Cet utérus laisse écouler une certaine quantité de sang. Le canal cervical file à gauche ; on peut reconnaître le corps par le toucher et le palper combinés.

A droite, le col est complètement effacé ; les bords de l'orifice sont minces, on sent très nettement et directement les sutures et les fontanelles.

Dilatation complète à 3 heures du soir. La tête est rapidement à la vulve, repoussant à gauche la cloison médiane. La sage-femme en chef sent la partie antérieure de la cloison formant une bride très résistante devant la tête. Elle essaye de la réduire sur le côté gauche, mais cette bride n'est pas assez élastique.

Aussitôt après l'accouchement qui a lieu à 3 heures 50, on constate que la cloison vaginale a éclaté sur toute sa longueur. Légère déchirure du périnée.

Durée totale du travail : 8 heures 50.

Enfant vivant du poids de 2750 grammes.

Mère sortie en bon état, le 8 avril 1897.

OBSERVATION IX

(Porak. *Bull. de Soc. anatomique*, juin 1876).

Vagin et utérus doubles : (Autopsie d'une femme V..., morte d'asystolie.

Le vagin était séparé en deux compartiments par

une paroi épaisse de plusieurs millim. absolument médiane. Aussi l'urèthre était-il logé dans la partie antérieure de cette paroi. En avant et en bas, cette paroi commence au-dessus du méat urinaire; en arrière, au dessus des caroncules myrtiformes. Elles vient s'insérer sur le col utérin qui présente dans chacune des cavités vaginales un museau de tanche perméable. Dans toute son étendue, cette paroi a la même épaisseur. Les deux cavités vaginales de même calibre simulent assez exactement un double canon de fusil.

L'utérus est globuleux; à peine constate-t-on sur sa partie médiane une très légère dépression. On y trouve deux cavités communiquant avec le vagin en bas, avec une seule trompe en haut. Ce vice de conformation a été signalé dans la thèse de M. Lefort sous le nom d'*uterus bipartitus globularis*.

OBSERVATION X

(Décès. Bull. de la Soc. anatomique 1854). *Utérus double. Vagin borgne latéral.*

X..., 16 ans, lingère, est entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, le 16 mai 1854.

Forte constitution. Réglée depuis un an environ. Toutefois, la menstruation s'est difficilement établie, et à chaque époque la malade ressent des douleurs très vives dans les lombes ainsi qu'au niveau de la symphyse pubienne, en même temps qu'une sensation de chaleur très incommode vers l'utérus; les règles sont peu abondantes et durent un jour. Il y a huit

mois, la malade s'est aperçue qu'une tumeur légèrement mobile se développait dans la région iliaque gauche.

Cette tumeur est du volume du poing, à peine douloureuse à la pression ; on peut constater par le toucher rectal qu'elle se prolonge entre le rectum et le vagin.

Bientôt la fluctuation fut perçue à travers les parois abdominales, on ponctionne le vagin, il ne s'écoule qu'une petite quantité d'un liquide brun chocolat, épais, ayant toute l'apparence de sang décomposé. Des symptômes de péritonite suraiguë se manifestèrent le soir même de la ponction et emportèrent le malade en trois jours.

Autopsie. — Peu de traces de péritonite. La cavité péritonéale renferme cependant environ 200 gr. d'un liquide semblable à celui qui, pendant la vie, s'écoulait par l'ouverture de la ponction, mais moins épais. Ce liquide provient d'une poche située dans le flanc gauche, munie de parois molles, peu épaisses, et de cloisons plus ou moins complètes. La consistance des parois du kyste est à peu près celle du placenta.

Le vagin fendu suivant toute sa longueur présente un aspect normal. A sa partie inférieure et gauche se trouve l'ouverture faite par le trocart explorateur, ouverture qui semble s'être un peu agrandie. L'utérus est plus petit qu'à l'état normal, sa couleur et sa consistance n'ont rien de particulier. A droite, se trouvent la trompe et l'ovaire, mais à gauche l'utérus est recouvert par le péritoine jusque près du col, sans aucune trace de trompe ni d'ovaire. Le péritoine se réfléchit de là en avant sur la vessie, et à gauche sur un second utérus avec lequel il n'a d'autre communication qu'une continuité de tissu.

Ce second utérus, plus volumineux, est situé à gau-

che du premier, entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Sa forme est celle de l'utérus normal ; son grand axe est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Fendu dans sa longueur, il présente le même liquide que le kyste, mais en très-petite quantité. Le côté droit de son corps est complètement recouvert par le péritoine. On n'y voit ni solution de continuité, ni trace de trompe ou d'ovaire. A la réunion du bord supérieur avec le bord gauche se trouve une ouverture ronde en tout semblable à l'ouverture élargie d'une trompe. En insufflant de l'air par cette ouverture, on voit l'air arriver dans le kyste dont nous avons parlé à travers un conduit dont l'aspect ne diffère pas de celui de la trompe du côté opposé. Seulement, ce conduit, en arrivant au kyste, s'élargit en entonnoir, ses parois deviennent plus épaisses près de l'endroit où, prenant tout-à-coup un développement plus considérable, il formait cette poche dont nous avons parlé, poche qui semble constituée par le pavillon de la trompe, et qui a contracté des adhérences nombreuses et anciennes avec les organes environnants et notamment avec le rectum. Au dessous et en dedans du kyste se trouve un corps blanchâtre ovoïde, présentant les caractères de l'ovaire.

En bas, l'utérus s'ouvre par un col plus large et moins haut qu'à l'état normal, dans un vagin très dilaté, vagin qui se termine en cul de sac, un peu au-dessous du point où a été pratiquée la ponction exploratrice. Le vagin est en rapport, en avant, avec la vessie, en arrière avec le rectum, et à droite avec le vagin droit, derrière lequel il se prolonge encore. Du reste, en aucun point, l'utérus et le vagin droits ne communiquent avec l'utérus et le vagin gauches. Les cavités en sont distinctes et indépendantes. Tandis

que les règles s'écoulaient normalement par l'utérus et le vagin droits, il s'accumulait dans l'utérus et le vagin gauches un sang qui s'altérait et formait le liquide dont nous avons parlé. Après la mort, le vagin gauche ne contenait presque plus de liquide.

OBSERVATION XI

(Citée par Tarnier dans le traité d'accouchement de Cazeaux, 10^e édition revue par Tarnier, p. 702).

Etranglement d'un fœtus par une bride vaginale.

Un cas très curieux de diagnostic par bride vaginale m'a été communiqué par mon excellent ami le docteur Pignat, médecin au Creusot. Au moment de l'expulsion du fœtus, la tête passa au-dessus d'une bride, tandis que le tronc se dégageait au-dessous, de sorte que le cou de l'enfant resta appliqué contre la vulve, retenu et étranglé par cette brèche. La sage-femme qui assistait à cet accouchement n'osa pas couper cette bride qui était arrondie, d'apparence musculieuse, et grosse comme le petit doigt. L'enfant succomba. Vérification faite, il fut constaté que la bride était longitudinale, et qu'elle s'insérait par ses deux extrémités sur le vagin.

OBSERVATION XII (Résumée.)

(Verchère, *Arch. Tocologie*, juin 1894.)

Cloisonnement transversal du vagin.

22 ans, prostituée. Même malformation ; même

raphé médian, même situation des deux petits orifices latéraux. Seulement, la cloison siège au niveau du col utérin, c'est-à-dire que le vagin présente 5 à 6 centimètres de longueur.

N'a jamais été réglée. Quelques douleurs au moment où les règles auraient dû apparaître. Par le toucher rectal, utérus normal.

OBSERVATION XIII (Résumée).

(Verchère. *Arch. de tûcologie*, juin 1894.)

Cloisonnement transversal du vagin.

X..., 19 ans, se livre à la prostitution depuis deux mois. Entre à Saint-Lazare avec uréthrite blennorrhagique. Au toucher, obstacle impossible à vaincre, situé à 3 centimètres de l'orifice du vagin. Véritable diaphragme gris-rosé, avec raphé antéro-postérieur duquel s'écartent des lignes parallèles allant se perdre latéralement sur les parois du vagin. Aux angles supéro-externes de ce diaphragme, deux petits orifices admettant un stylet et donnant accès au vagin situé au dessus du diaphragme. Les deux stylets se touchent ; on est donc en présence de deux orifices, et non de deux canaux. Epaisseur de la cloison, 3 à 5 millimètres.

Réglée irrégulièrement, mais jamais de rétention.

OBSERVATION XIV

(Magendie-Husté. *Etude sur le cloisonnement transversal du vagin au point de vue obstétrical*. Thèse Paris, 1894). Résumée.

Cloison transversale du vagin. Rupture spontanée de la cloison au moment de l'expulsion. Déchirure du périnée.

X..., 29 ans, ménagère. Primipare. Réglée à 13 ans; depuis, dysménorrhée habituelle.

Dernières règles le 4 février 1894. Grossesse normale. Premières douleurs le 5 novembre, à 1 heure du matin. Entre à l'hôpital le 5 au matin. Présentation en O. I. D. P.

Toucher vaginal : le doigt ne pénètre que de 5 à 6 centimètres. On ne trouve aucun vestige du col : cul-de-sac. Toutefois, en arrière, il semble que l'on sente un petit orifice. Vulve normale. Débris d'hymen. En introduisant une valve de Sims, on voit que le cul-de-sac est formé par le vagin. Au fond, et un peu en arrière, petit orifice admettant une sonde cannelée. Cette cloison reste flasque et molle pendant les contractions; on sent nettement, au dessus d'elle, le col dilaté qui se durcit en même temps que l'utérus. Il est donc certain que nous nous trouvons en présence d'une cloison vaginale divisant le vagin en deux chambres : une antérieure allant de l'hymen au cloisonnement, et une chambre postérieure allant de la cloison au col utérin.

A midi, la période d'expulsion commence.

A 1 heure 1/2, la tête apparaît à la vulve, coiffée par

la cloison vaginale amincie. La femme pousse fortement, et la cloison se déchire en plusieurs endroits. La tête est immédiatement expulsée, le tronc suit rapidement.

Délivrance naturelle 1/2 heure après.

Le périnée est légèrement déchiré.

Enfant du sexe féminin de 2880 grammes. 12 jours après l'accouchement, examen. Au toucher, le doigt est arrêté par la cloison qui s'est reformée en partie. Orifice très dur laissant pénétrer l'index.

OBSERVATION XV

(Picot. *Malformation de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical*. Thèse Paris, 1891).

Bride vaginale. Déchirure spontanée de cette bride au moment de l'accouchement.

Henriette B..., 24 ans, lingère. Rien à noter comme antécédents héréditaires ou personnels. Réglée à 13 ans, et, depuis, régulièrement. Primipare. Dernières règles le 20 mai 1889. Mouvements actifs en septembre. Grossesse normale.

Le 10 mars 1890, les premières douleurs se déclarent vers 8 heures du matin, et la femme arrive à la clinique Bandelocque à 4 heures du soir le même jour. On constate la présence d'un enfant vivant et se présentant par le sommet en G A. Par le toucher, on trouve le col effacé et, immédiatement en avant du col à gauche, une bride vaginale à forme de disque biconcave.

Le travail marche régulièrement ; à 10 heures du

matin, le 11 mars 1890, la dilatation est complète; M. le professeur Pinard pratique le toucher et constate ceci : sur la ligne médiane et se dirigeant à droite, le doigt rencontre un repli qui semble faire suite directement au bord utérin gauche; mais, en insinuant le doigt entre la tête et ce bord, on trouve que ce doigt est doublé en avant et en arrière par un repli falci-forme, de sorte que, à l'heure actuelle, la tête a à lutter contre 2 orifices.

Au moment de l'expulsion, la bride cède et l'accouchement se termine par l'expulsion d'un enfant vivant du poids de 3010 grammes.

Le travail avait duré 26 heures, et la période d'expulsion 38 minutes. Les suites de couches sont physiologiques, et la femme quitte la clinique le 11^e jour.

OBSERVATION XVI (Résumée).

(Cullingworth (C.-J.). *Two cases of transverse septum in the vagina*. Lancet, Lond., 1889, I. 726.)

*Cloison transversale du vagin. Dilatation manuelle.
Accouchement.*

Louisa W..., 23 ans, fut admise à l'hôpital Saint-Thomas à 12 h. 30 du soir le 13 février 1889.

Elle était en travail depuis 24 heures, et les douleurs étaient alors fréquentes, violentes, et presque expulsives. Son médecin l'avait envoyée à l'hôpital, parce qu'il était incapable de découvrir le col de l'utérus, ou à dire vrai, une ouverture quelconque au fond du cul-de-sac vaginal, bien qu'il pût sentir distinctement la tête de l'enfant au delà de ce cul-de-sac.

L'histoire de la parturiente était la suivante : les règles commencèrent à 12 ans et continuèrent régulièrement tous les vingt-huit jours jusqu'à deux mois après son mariage, l'année précédente.

Mais, au premier jour de chaque période, elle souffrait assez vivement.

Le 9 février (ses couches étant attendues pour le 24 mars), elle fit une chute et s'évanouit. Les jours suivants elle resta en bon état. Le 12, à 3 heures et demie du matin, elle se réveilla avec de violentes douleurs. Son médecin la vit en premier lieu à 2 h. 30 de l'après-midi. Le lendemain, à 9 heures et demie du matin, il résolut, après consultation avec un confrère, de l'envoyer à l'hôpital.

Peu après son arrivée, la patiente fut endormie à l'éther et la cloison soigneusement explorée. Un peu en arrière de son centre, on découvrit un petit nodule et à côté de ce nodule une ouverture pas plus grande que le méat de l'urèthre. L'index, pressant sur cette ouverture, l'élargit suffisamment pour pénétrer dans la partie supérieure du vagin. Dilatée de plus en plus, puis prudemment déchirée, la cloison fut entièrement divisée avec les doigts. On put alors toucher la poche des eaux faisant saillie.

Le col utérin étant complètement dilaté, la poche des eaux fut rompue et l'accouchement fut aisément effectué à l'aide du forceps.

OBSERVATION XVII (inédite.)

(Clinique Baudelocque.)

Cloison transversale du vagin. Incision. Légère hémorrhagie. Accouchement.

C... Thérèse, 31 ans, cuisinière. Primipare. Pas d'antécédents héréditaires pathologiques, rien dans son propre passé.

Cette femme, bien réglée, a eu ses dernières règles du 14 au 17 février 1894, au début de la grossesse quelques vomissements et vers le septième mois œdème généralisé, avec albumine dans les urines (jusqu'à 7 grammes).

Entrée à la salle de travail, le 25 octobre à 7 h. 30 du matin.

On constate à la partie moyenne du vagin, un diaphragme, présentant en son milieu un orifice qui permet l'introduction de l'index. Le travail débute le 26 octobre vers 1 heure du matin ; la dilatation du col un peu plus grande qu'une pièce de 1 franc, reste stationnaire jusqu'à 10 h. 45 du matin. A ce moment, on pratique la rupture artificielle de la poche des eaux ; il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique.

A 11 h. 30, les dimensions sont celles d'une pièce de 2 francs ; à 2 h. 40 du soir, elles atteignent celle d'une pièce de 5 francs. Quant à l'orifice du diaphragme il est à peine comme 2 francs. A 7 h. 45 du soir, la dilatation du col utérin se rapproche d'une paume de main, mais le diaphragme vaginal n'a nullement cédé. On applique deux pinces sur cette cloison et l'on sectionne à l'aide de ciseaux.

A 11 heures du soir, la femme perdant du sang en assez grande quantité, on lui fait une injection chaude. A 11 h. 30, l'écoulement sanguin continue, nouvelle injection chaude et tamponnement vaginal avec de la gaze iodoformée. Le tampon s'imbibe, l'écoulement sanguin reprend et le 27 octobre à 1 h. 30 du matin, on fait une application de forceps; après des tractions lentes et soutenues de 1 h. 35 à 1 h. 48 un fœtus du poids de 1.900 grammes est extrait vivant à 1 h. 50.

Immédiatement après l'extraction, l'hémorrhagie s'arrête et on constate que le passage de la tête fœtale a déterminé des ruptures multiples du diaphragme vaginal, mais sans grande lésion du vagin lui-même.

Il existe également une petite déchirure de la fourchette, on applique un seul point de suture.

On fait une injection intra-utérine prolongée après la délivrance.

Les suites de couches n'ont rien présenté de particulier et cette femme est sortie, le 18 novembre 1896, en bon état.

OBSERVATION XVIII

(Fristo (de Metz) *Gazette des hôpitaux*, 1861, n° 96).

Quatre cloisons transversales. Incisions. Mort de l'enfant.

Dans la nuit du 15 ou 16 novembre 1835, je fus appelé au village de Maud pour y terminer un accouchement que la sage-femme du lieu ne pouvait amener à bonne fin.

J'arrivai à 1 heure du matin, chez la veuve K... , où je trouvai, misérablement jetée sur la paille, dans une chambre sans feu, une jeune fille de 22 ans, baignée dans une énorme quantité de sang. Depuis 12 à 14 heures, elle avait eu des douleurs atroces, de fortes contractions de l'utérus, une hémorrhagie considérable, des synopes fréquentes. Sa pâleur et sa faiblesse étaient effrayantes. A tous ces symptômes, je soupçonnai le décollement du placenta ou peut-être une position vicieuse de l'enfant, et je me décidai de suite à faire la version par les pieds, pour sauver au moins la mère, si je ne pouvais avoir l'enfant vivant, ce qui n'était plus probable. Mais quel fut mon étonnement, quand je portai la main à la vulve, de la trouver obstruée par une épaisse membrane percée à son centre d'une ouverture pouvant à peine admettre le petit doigt. Cet obstacle bien constaté, je le fendis crucialement et j'agrandis suffisamment l'ouverture pour y introduire deux doigts ; mais à quelques lignes de là, nouvel obstacle du même genre et détruit de la même manière ; et enfin portant mon exploration plus loin, je trouvai successivement, de l'entrée du vagin à l'orifice de la matrice, quatre brides circulaires perforées au centre et offrant un obstacle insurmontable à la tête de l'enfant. Mon doigt n'ayant pu déchirer les membranes, je les détruisis l'une après l'autre avec mon bistouri. J'agrandis ensuite l'ouverture et dilatai le vagin pour arriver jusqu'à l'orifice de la matrice, que je trouvai très ouvert et presque entièrement effacé derrière la tête de l'enfant qui était dans une bonne position. Ne voulant pas attendre les chances de l'accouchement par les seules forces de la nature, avec de la patience et quelques efforts, je dilatai suffisamment le vagin avec mes doigts, je pénétrai dans la ma-

trice et bientôt j'amenai par les pieds un enfant à terme, mort, bien constitué et tout à fait exsangue. J'allai chercher ensuite le placenta, qui était énorme, racorni et très sec. Je restai encore quelque temps près de la malade. Une heure après, l'hémorrhagie avait entièrement cessé, et la patiente se trouvait dans un état aussi satisfaisant que son horrible misère le comportait. Au bout de quelques jours, elle était rétablie et sortait pour mendier.

Curieux de savoir comment survint la grossesse de cette jeune fille, j'osai la questionner, et j'appris d'elle les circonstances suivantes : elle n'est venue chez sa tante, la veuve K..., que pour cacher sa grossesse et faire ses couches. A l'époque de la puberté, elle a supporté de grands orages pour la menstruation ; les règles ensuite ont eu lieu avec difficulté, et leur écoulement ne s'est fait d'une manière à peu près normale, que quand un grand chirurgien, alors à M... *lui a coupé une peau qui fermait le passage*, suivant son expression, et qui était probablement l'hymen imperforé. Depuis lors, les règles ont coulé, irrégulièrement, il est vrai, et jamais le coït n'a pu avoir lieu. Quelques années après la première opération, le même chirurgien consulté de nouveau, a dû répondre que la difformité était incurable. Dès ce moment, cette fille, tranquille sur les résultats possibles de ses penchants, n'a fait que *s'amuser*, dit-elle, bien persuadée qu'avec sa conformation vicieuse, elle ne pouvait devenir mère ; erreur à laquelle l'ont fait renoncer l'avis d'un accoucheur, et les mouvements de l'enfant ».

OBSERVATION XIX (Résumé).

(Danyau *Archives gén. de médecine*, 3^e série, t. X. 1841)

Cloisonnement transversal du vagin compliqué de prolapsus. Nécessité d'une intervention au moment de l'accouchement.

Eulalie Portier, 24 ans, primipare, blonde, lymphatique, fut amenée à la maternité, le 5 septembre 1840, à 9 heures du soir. Enceinte d'environ 8 mois $1/2$; travail commencé. Hors de la vulve existe une tumeur conique saillante, dont le sommet obtus présente un orifice circulaire. La surface de cette tumeur est couverte d'une membrane muqueuse lisse. La base remplit la vulve, et le doigt qui la parcourt rencontre un cul-de-sac circulaire au niveau de sa fusion avec les parois vaginales. A simple vue, on dirait un prolapsus utérin. Mais la mollesse de la tumeur fait écarter cette idée.

On introduit facilement le doigt à travers l'orifice central de la tumeur. Il arrive dans un canal vaginal au fond duquel il atteint l'orifice du col utérin entr'ouvert, et, au-delà, la tête fœtale dont la fontanelle antérieure correspond en avant et à gauche.

La tumeur est facilement réductible, mais elle se reproduit au moindre effort de la femme. Le vagin est très lâche, sa surface est recouverte de plicatures. Le doigt arrive au col utérin après avoir franchi une partie rétrécie, un orifice à bords minces et tranchants.

Cette cloison transversale divisait le vagin en deux cavités, l'une inférieure et l'autre supérieure. Elles

communiquaient par une ouverture circulaire de 12 à 15 millimètres de diamètre. Cette déformation se compliquait d'un prolapsus au vagin.

Le vagin supérieur s'engainait dans le vagin inférieur, lorsque le prolapsus se produisait. Si on le réduisait, les deux vagins se continuaient l'un l'autre. Cette disposition est certainement congénitale, à en croire la régularité du diaphragme et de son ouverture. Aucun signe d'une affection antérieure du vagin ne peut être relevé. La femme ne la soupçonnait pas et le coït fut normal. Le prolapsus qui la complique ne date que du quatrième ou cinquième mois de la grossesse. Il n'a pas été constant, disparaissant par le repos et se reproduisant par la marche ou même spontanément.

Travail d'abord très lent, puis douleurs de plus en plus vives, rupture de la poche des eaux et engagement de la tête dans le vagin supérieur. Elle ne produisit, malgré les contractions les plus énergiques sur l'ouverture du diaphragme, ni dilatation ni déchirure.

M. Danyau glissa la lame d'un bistouri boutonné entre la tête fœtale et la face supérieure de la cloison, et fit huit incisions en évitant de diriger le tranchant du bistouri vers les cloisons vésico-vaginales et recto-vaginale.

Quoique cela, la tête ne put franchir l'obstacle.

M. Danyau appliqua alors le forceps et amena l'enfant vivant.

D'après M. Danyau, la cloison vaginale avait de 5 à 6 millimètres d'épaisseur. Elle paraissait formée par deux couches muqueuses entre lesquelles existait un tissu dense qui émanait des parois vaginales. La femme se rétablit sans peine. Elle voulut sortir de l'hôpital au bout de huit jours.

A ce moment l'état local était excellent, la cloison s'était reconstituée en partie, et le doigt ne pouvait pas arriver dans le vagin supérieur. »

OBSERVATION XX

(Lyon. Essai sur les rétrécissements congénitaux et acquis. Th. Paris, 1887.)

Bride transversale, probablement congénitale. Nécessité d'une intervention au moment de l'accouchement.

La nommée Maggie M... se présente à l'hôpital de Bellevue de New-York, le 26 octobre 1884. 27 ans. Primipare. Réglée à 17 ans, régulièrement et sans douleur. Grossesse normale. Présentation céphalique gauche.

Toucher vaginal : à 4 centimètres de l'orifice antérieur du vagin, diaphragme circulaire percé d'un trou à son centre. La face antérieure de la bride, lisse, se continue exactement avec les parois vaginales. L'orifice central est plus rapproché de la paroi supérieure du vagin que de la paroi inférieure. On introduit la phalange de l'index à travers l'orifice qui la serre fortement.

27 octobre. Douleurs expulsives dès 5 heures du matin. Midi : la bride, fortement tendue, coiffe la tête et résiste d'une façon absolue. 2 heures : la tête n'avance pas, la membrane ne se rompt pas. L'interne du service, introduisant l'index gauche dans l'orifice,

ainsi qu'une des branches d'une paire de ciseaux courbes, incise la bride de gauche à droite.

Aussitôt la bride cède complètement dans toute son étendue.

L'accouchement est terminé sans accident.

•

OBSERVATION XXI (résumée)

Roth. Monatschriften für Geburskunde, t. XIX, p.150.
1862, traduit par Tauffleide).

2 cloisons transversales. Incision. Accouchement.

Primipare de 24 ans. Grossesse normale.

Le travail dure depuis 20 heures. On trouve immédiatement derrière la vulve un obstacle membraneux percé d'un trou, dans lequel on peut introduire la moitié de l'index. La membrane est mince et a la forme d'un croissant. Les grandes lèvres étant écartées, on fait une incision aux ciseaux. Au dessus de cette cloison, on en trouve une seconde à 2 centimètres plus haut. Elle est également incisée avec un bistouri. L'accouchement se termine spontanément.

CONCLUSIONS

I. — Les différents cloisonnements congénitaux du vagin (cloisons longitudinales, cloisons transversales ou simples brides) peuvent, dans nombre de cas, ne déterminer, au cours de la période d'expulsion, aucun accident sérieux ni pour la mère ni pour l'enfant.

II. — Dans un certain nombre d'autres cas, ces cloisonnements congénitaux peuvent créer une dystocie spéciale se manifestant par les accidents suivants :

1° Ou bien l'expulsion gênée pendant quelque temps par la bride ou la cloison, se précipite après la rupture spontanée de cette bride ou de cette cloison, et, par suite d'un dégagement trop brusque, on voit se produire une déchirure du périnée.

2° Ou bien, l'obstacle étant plus difficile à franchir, soit qu'il s'agisse d'une cloison transversale

dont l'orifice se dilate mal, soit qu'il s'agisse d'une cloison longitudinale qui s'écarte insuffisamment, une durée excessive de la période d'expulsion peut causer la mort de l'enfant.

3° Ou bien, l'obstacle étant infranchissable, il se produit une rupture de l'utérus.

4° Ou enfin, s'il s'agit d'une bride transversale, l'enfant peut être étranglé pendant la période d'expulsion.

III. — Si la malformation vaginale est diagnostiquée au cours de la grossesse, il est préférable d'attendre pour intervenir, puisqu'une opération, si insignifiante fût-elle, pourrait, à la rigueur, provoquer un avortement ou un accouchement prématuré, et qu'il sera toujours temps de faire, lors de la période d'expulsion, les débridements nécessaires.

IV. — Dans tous les cas, au moment de la période d'expulsion, il vaut mieux inciser les cloisons ou les brides, et ne pas attendre une rupture spontanée qui, même sans provoquer les accidents graves signalés plus haut, pourraient causer une hémorrhagie au moins gênante (observation communiquée par M. le professeur Pinard), et laisser pour l'avenir une cicatrice vicieuse et douloureuse.

V. — En cas de cloison longitudinale, le pro-

cédé opératoire de choix est le suivant : deux pinces ayant été appliquées sur la cloison, parallèlement aux colonnes antérieure et postérieure du vagin, pratiquer entre ces pinces une section qui aura ainsi l'avantage de ne blesser ni le rectum ni la vessie de la mère.

VI. — En cas de cloison transversale, l'incision sera, non pas cruciale, mais transversale et médiane, et dirigée, si possible, à partir des pertuis ou d'un des pertuis. Elle n'atteindra ainsi ni le rectum, ni la vessie de la mère. Pratiquée lentement et avec la plus grande prudence, elle épargnera aussi le fœtus.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,

PINARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Robin*. — Des causes de dystocie provenant du conduit vulvo-utérin. Th. Paris, 1845.
- Labadie-Lalande*. — Occlusion du conduit vulvo-utérin. Th. Paris, 1856.
- Le Fort*. — Vices de conformation de l'utérus et du vagin. Th. d'agrég. Paris, 1863.
- Delainay*. — Cloisonnement transversal complet et incomplet du vagin. Th. Paris, 1877.
- Puech*. — Atrésie des voies génitales de la femme. Paris, 1864.
- Picot*. — Malformation de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical. Th. Paris, 1890.
- Magendie-Husté*. — Cloisonnement transversal du vagin au point de vue obstétrical. Th. Paris, 1894.
- Dictionnaire de méd. et chirurgie pratiques. Art. Vagin.
- Dict. encyclopédique des sciences médicales. Art. Vagin.
- Cazeaux*. — Traités d'accouchements, 10^e édit., revue par Tarnier, p. 702.
- Schræder*. — Maladies des organes génitaux de la femme. Traduit sur la 6^e édit. par Hubert. Bruxelles, 1886, p. 497-498.
- De Sinéty*. — Traité de gynécologie, 2^e édition, 1884, p. 190 et suivantes.
- Ribemont-Dessaigne et Lepage*. — Précis d'obstétrique, 1897, p. 1002 et suivantes.
- Tarnier et Budin*. — Traité de l'art des accouchements, 3^e volume, 1898, p. 390.
- Pozzi*. — Traité de gynécologie.

Porack. — Vagin et utérus doubles. Bulletins de la Société anatomique, juin 1876.

Mad. Merloose. — Bifidité et cloisons du vagin. Gazette obstétricale, 20 octobre 1877.

Budin. — Cas d'utérus lipartitus globularis, avec cloison vaginale complète et deux cols. Progrès médical, 1876, p. 170.

J. Soller. — De l'existence d'une valvule insérée sur la paroi postéro-supérieure du vagin (Lyon médical, 1882. T. 39, p. 151. T. 40, p. 88).

Gilson. — L'eucéphale. T. V., p. 44, 1885.

Cullingworth (C.-J.). — Two cases of transverse septum in the vagina. Lancet, London, 1889. I. 726.

Verchère. — Cloisonnement transversale du vagin. Société de biologie, 9 mai 1891.

Watts. — Vagin double avec utérus unique. American journal of obstetrics. Vol. X, p. 279.

Guillon. — Une cloison transversale du vagin. Journal d'accouchements de Liège, 1895, XVI, p. 345.

O. Cadiat. — Développement de l'utérus et du vagin. Journal de l'anatomie, 1884.

Budin. — Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal. Progrès médical, 1879.

Budin. — Nouvelles recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal. Obstétrique et gynécologie, 1886, p. 331.

Retterer. — Sur l'origine du vagin de la femme. Soc. de Biologie, 2 mai 1891, p. 291-293.

Retterer. — Développement du vagin. Société de Biologie, 9 mai 1891.

Debierre. — Manuel d'embryologie, 1886.

Gilis. — Manuel d'embryologie.

Testut. — Traité d'anatomie humaine. T. III, 1894.

Tourneux. — Précis d'embryologie humaine, 1898.

Paris. — H. Jouve, Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine.

